

POSTOVANI PODNOSIOCU ZAHTJEVA (DEAR APPLICANT)

Ovo je vas zahtjev za pomoc Odjelu za Health and Human Services.

- Molimo vas da procitate ovaj list (obje strane) prije ispunjavanja ovog zahtjeva
- Ispunite sve strane najbolje sto mozete. Ukoliko se prijavljujete samo za Djeciju pomoc (*Child Care*) ispunite samo zuto oznacene dijelove ove prijave
- Nemojte odgovarati ni na jedno pitanje koje ne razumijete
- Vi mozete obezbijediti nekoga da vam pomogne ili cemo vam mi pomoci kada budemo razgovarali sa vama

Mi cemo mozda biti u stanju da obezbijedimo pomoc ili usluge kroz nize navedene programe. Na stranici br.1 ovoga zahtjeva naznacite vrste pomoci za koje zelite da podnesete zahtjev.

BONOVI ZA HRANU (FOOD STAMPS)

Pomoc u Bonovima za hranu je namjenjena za osobe sa niskim prihodima da nabave neophodno potrebnu hranu. Ukoliko ispunjavate uslove i odobreni ste za ovu pomoc, iznos bonova za prvi mjesec ce biti odredjen na osnovu dana podnosenja ovog zahtjeva. **Stoga, nemojte odlagati podnosenje zahtjeva.** Potrebno je samo da ispunite svoje ime, adresu i da potpisete zahtjev da biste ga podnijeli. Medjutim, vi cete imati detaljan razgovor sa radnikom ovoga Odjeljenja prije nego donesemo odluku da li ispunjavate uslove za pomoc.

Vi cete biti u stanju da hitno dobijete bonove za hranu u roku od sedam dana od podnosenja zahtjeva ukoliko:

- Nemate vise od \$100 u tekucim sredstvima (u gotovini, na stednom ili na tekucem racunu, itd.) i ukoliko imate manje od \$150 ukupan mjesečni prihod; ili
- Ste doseljenik ili sezonski poljoprivredni radnik, te ste izgubili izvor prihoda i ne ocekujete da cete primiti vise od \$25 u sljedecih 10 dana; ili
- Troškovi vase stanarine i rezija su vise od iznosa vasesg ukupnog prihoda i drugih tekucih sredstava.

FINANSIJSKA POMOC (FINANCIAL ASSISTANCE)

Novcana sredstva se isplacuju pojedincima I familijama koji nemaju dovoljno novaca da zadovolje osnovne potrebe utvrdjene Drzavnim standardima. Pored toga i ostali zahtjevi treba da budu zadovoljeni. Ti zahtjevi ce vam biti objasnjeni.

MEDICINSKA POMOC (MEDICAL ASSISTANCE)

Troškovi liječenja su placeni za sve osobe koje primaju finansijsku pomoc. Placanje medicinskih troškova je moguće također i za neke osobe sa niskim prihodima u domovima i njegovalistima, neke trudne zene, neku mladju djecu ili djecu sa nesposobnoscu, te za ostale ciji prihod i imovina prevazilazi Drzavni standard ali ipak nije dovoljna za placanje racuna medicinskih usluga. Također mogu se isplatiti pojedini Medicare troškovi za osobe koje imaju Medicare beneficije i za nesposobne radnike.

Retroaktivna zdravstvena zastita

- Ukoliko se kvalifikujete, zdravstvena zastita je moguca za period od tri mjeseca prije datuma podnosenja zahtjeva, za vecinu osoba
- Vi mozete podnijeti zahtjev sada ili ukoliko kasnije ustanovite da trebate ovu zastitu mozete podnijeti zahtjev do devet mjeseci od dana podnosenja zahtjeva za zdravstvenu zastitu. Ukoliko imate bilo kakvih pitanja molimo vas da nas pitate i mi cemo vam ovo poblize objasniti.

POMOC ZA BRIGU O DJECI (CHILD CARE ASSISTANCE)

Troškovi za zbrinjavanje djece placaju se porodicama sa niskim prihodima ukoliko rade, traze posao ili su u programu treninga ili obrazovanja koji traje dvije godine ili manje. Nije neophodno da roditelji budu kvalifikovani za bilo koju drugu pomoc koju ovo Odjeljenje obezbjedjuje da biste primali pomoc za troskove brige o djeci.

USLUGE ZA ZASTITU PRAVA DJECE (SUPPORT SERVICES)

New Hampshire Odjel za Health and Human Services obezbjedjuje i usluge za zastitu prava djece, kako je odredjeno poglavljem IV-D Social Security pravilnika. Ove usluge ukljucuju:

- Uspostavljanje i sprovođenje obaveza djecije alimentacije
- Pronalazenje odsutnih roditelja, i
- Utvrđivanje ocinstva

Pojedinci koji ne primaju finansijsku pomoc od New Hampshire Employment Program (NHEP) ili Family Assistance Program (FAP) mogu zahtijevati Usluge za potporu djece ispunjavanjem zahtjeva za IV-D usluga. Moguce je da ce te usluge trebati platiti. Za zahtjev IV-D usluga ili za informacije o eventualnom placanju, kontaktirajte vas lokalni Okruzni Ured.

LIMITI NA PRIMANJE SREDSTAVA (*RESOURCE LIMITS*)

Neki programi imaju uspostavljene limite na sredstva koje mozete primiti da biste se kvalifikovali. Limiti, koji ce vam biti posebno objasnjeni, su:

Bonovi za hranu (*Food stamps*)

- \$2,000 za domacinstvo, ili
- \$3,000 ukoliko je u domacinstvu najmanje jedan clan stariji od 60 godina.

Novcana pomoc (*Financial Assistance*)

- \$1,000 po podnosiocu zahtjeva (za grupu ljudi navedenu u zahtjevu) u NHEP/ FAP programu. Ukoliko postanete primalac finansijske pomoci pod NHEP/ FAP, limit na sredstva koja mozete primiti se podize na \$2,000.
- \$1,500 po grupi za sve ostale programe finansijske pomoci.

Medicinski troškovi (*Medical Assistance*)

- \$2,500 za pojedinca,
- \$4,000 za dvije osobe,
- ukoliko je vise od dvije osobe, dodajte \$100 za svaku slijedecu osobu.

Molimo vas da imate na umu da neke grupe za pokrivanje medicinske pomoci imaju vise granice ili nemaju granica uopste. To ce vam biti posebno objasnjeno.

Pomoc za brigu o djeci – limit ne postoji.

Usluge za zastitu prava djece – limit ne postoji.

SOCIAL SECURITY BROJEVI (*SOCIAL SECURITY NUMBERS*)

The Federal Privacy Act (Federalna Odluka o Privatnosti) iz 1974 zahtjeva od Odjela za Health and Human services da vam objasni po kom zakonu trazimo social security brojeve vas i svake osobe u vasem domacinstvu ili u grupi za pomoc, i da li ste vi obavezni da nam date te social security brojeve, te sta mi planiramo da uradimo sa tim brojevima. Social security brojevi se traze za sve programe navedene u daljem tekstu. Poslije svakog navedenog programa stoji Public Law (Javni Zakon) po kojem mi imamo obavezu da zahtjevamo te Social Security brojeve.

- NHEP/FAP: Sekcija 137 Federalnog Javnog Zakona 92-603
- Bonovi za hranu: Sekcija 4 Federalnog Javnog Zakona 96-58
- Medicinska pomoc i druga finansijska pomoc: Sekcija 2651 Federalnog Javnog Zakona 98-369

Ukoliko vi podnosite zahtjev za bilo koji od navedenih programa, Federalni Javni Zakon zahtijeva da svaki clan vasesg domacinstva ili grupe za pomoc da svoj Social Security broj ovom Odjeljenju, da bi mogao ucestvovati u programu. Ukoliko neki clan nije u stanju da obezbijedi broj on ili ona ce morati da podnese zahtjev za taj broj. Ovo Odjeljenje ce vam objasniti kako da podnesete zahtjev za broj. Vasa pomoc moze biti ukinuta ili smanjena ukoliko nam ne dostavite ili ukoliko ne podnesete zahtjev za zahtijevani broj.

Glavni razlog sto mi zahtijevamo za Social Security brojeve je da bismo bili u stanju razmijeniti informacije o vasem zaradjenom i nezaradjenom prihodu i raspolozivim sredstvima, izmedju Odjeljenja za Health and Human Services i Social Security Administracije, New Hampshire Employment Security (biro za nezaposlene), Internal Revenue Services (porezna uprava) i finansijskih institucija. Ove informacije su takodje razmijenjene sa raznim odjeljenjima u Odjelu za Health and Human Services. Ove informacije mogu biti koristene da se ustanovi ili provjeri bilo koja greska u vasoj kvalifikaciji za pomoc i beneficije, i u istrazi vezanoj za moguće narušavanje zakona ili pravila koji se odnose na programe kojim upravlja Odjel za Health and Human Services. Ukoliko informacije iz tih izvora nisu dovoljne mi mozemo koristiti vas Social Security broj da provjerimo prihod ili podatke o sredstvima i iz drugih izvora.

Vi mozete dobiti vise informacija o upotrebi Social Security brojeva od vasesg Okružnog Ureda Odjela za Health and Human Services.

NAPOMENA PODNOSIOCIMA ZAHTJEVA ZA ZDRAVSTVENU ZASTITU: PRENOS PRAVA PLACANJA TRECOJ STRANI (*NOTICE TO APPLICANTS OF MEDICAL ASSISTANCE: ASSIGNMENT OF THIRD PARTY MEDICAL PAYMENT*)

Ukoliko podnosite zahtjev za medicinsku pomoc, odobrenje te pomoci znaci prenos svih primalackih prava Odjelu za Health and Human Services za sva medicinska placanja trecjoj strani bez dodatnih potpisa od bilo koga na bilo kojem formularu. Sve strane koje ucestvuju moraju dobiti racune i sva placanja moraju biti izvrsena i upotrebljena na troskove medicinske njege, prije nego Odjel za Health and Human Services uzme u razmatranje racune za placanje. Takodjer, ukoliko vi dobijete popust ili besplatnu uslugu od odgovorne trece strane, vi morate nadoknaditi troskove medicinske pomoci placene od strane Medicaid-a. RSA 167:14-a.

**NAPOMENA PODNOSIOCIMA ZAHTJEVA ZA FINANSIJSKU ILI MEDICINSKU POMOC: PRENOS PRAVA
(NOTICE TO APPLICANTS OF FINANCIAL OR MEDICAL ASSISTANCE: ASSIGNMENT OF SUPPORT RIGHTS)**

Ukoliko podnosite zahtjev za novcanu nadoknadu po NHEP/FAP Programu, odobrenje takvog zahtjeva je istovremeno prenos prava na finansijsku pomoc Odjelu za Health and Human Services. Bez potpisivanja bilo kojeg drugog formulara vi dajete pravo Odjelu da prikupi i zadrzi isplate finansijske potpore izvršene u vase ime i u ime svih iz grupe za pomoc dok god primete TANF finansijsku pomoc. RSA 161 – C:22. Odjel prikuplja ova sredstva da djelomicno nadoknadi iznos TANF pomoci koji vam je Odjel isplatio. Ukoliko iznos ovih sredstava je jednak ili veci od iznosa koji Odjel vama isplacuje, vas Predmet za finansijsku pomoc ce biti zatvoren i potpora ce vam biti isplacena (poslana postom).

Dodatno, odobrenje za medicinsku pomoc za djecu je prenos prava na medicinsku potporu. To znaci da vi morate saradjivati sa Odjelom da uspostavite i provedete medicinsku potporu za vasu djecu. Medicinska potpora obicno podrazumjeva zdravstveno osiguranje obezbijedjeno od strane odsutnog roditelja, ali moze takodjer biti i tekuci iznos placen od strane drugog roditelja koji ce vam omogućiti da obezbjedite zdravstveno osiguranje za vasu djecu. Ukoliko dobijete novac da uplatite osiguranje, taj novac ce zadržati Drzava dok primete Medicaid i bice upotrijebljena za isplatu drzavne i federalne vlade. Ukoliko ocinstvo treba da bude utvrdjeno za bilo koje od vase djece koja imaju Medicaid, vi morate saradjivati sa Odjelom da bi se zakonski utvrdilo ocinstvo za vasu djecu.

Prenos ovih prava je obavezan. Vasa prava i obaveze, kao i kazne za odbijanje ovoga ce vama ce biti objasnjene.

ROKOVI ZA RJESAVANJE ZAHTJEVA (TIMEFRAMES FOR DECISIONS ON YOUR APPLICATION)

Uz vasu pomoc pri ispunjavanju ovog zahtjeva i davanjem informacija koje mozemo traziti od vas poslije, mi cemo odrediti da li ste kvalifikovani da primite pomoc za:

- Bonove za hranu ili pomoc za brigu o djeci – u roku od 30 dana,
- TANF, pomoc starijim osobama (OAA), i pomoc slijepima u nevolji (ANB) finansijska ili medicinska pomoc – u roku od 45 dana, i
- Pomoc stalno i potpuno nesposobnim za rad (APTD) finansijska i medicinska pomoc – u roku od 90 dana, od prijema vaseg potpisanog zahtjeva u vasem Okruznom uredu.

ZA SLUZBENU UPOTREBU (AGENCY USE ONLY)

Ovo je evidencija o vasem zahtjevu i sluzbenik Odjela za Health and Human Services ce je ispuniti i vratiti vama.

Ja sam primio od _____ potpuni zahtjev za _____

dana _____

Okruzni Ured

Potpis sluzbenika

ZAHTJEV - NEW HAMPSHIRE ODJELU ZA HEALTH AND HUMAN SERVICES

Molimo vas da sve odgovore ispunite jasnim stampanim slovima. Ukoliko vi podnosite zahtjev u ime i za racun nekoga, vasi se odgovori moraju odnositi na tu osobu a ne na vas. Ukoliko ispunjavate samo zahtjev za pomoc za brigu o djeci, ispunite samo zuto obojene dijelove zahtjeva. Ukoliko ispunjavate zahtjev za bilo koji drugi program, morate ispuniti zuto i sivo obojene dijelove ovog zahtjeva.

OPSTE INFORMACIJE (GENERAL INFORMATION)		
Prezime (Last Name)	Djevojacko(Maiden)	
Ime (First Name)	Srednji inicijal (Middle Initial)	
Postanska adresa (Mailing address)		
Mjesto(City/Town)	Drzava (State)	ZIP
Navedite gdje ste zivili tokom posljednje dvije godine (Where have you lived during the last two years?)		
Kucni Telefon (Home Telephone Number)		
Telefonski broj na koji vas mozemo zvati tokom dana – ako je razlicit od kucnog- (Day telephone number – if different)		
Broj za ostavljanje poruka, ukoliko nemate kucni telefon (Message Number/ if no home phone)		
Da li ste ikada prije podnosili zahtjev za pomoc ili dobijali pomoc od New Hampshire-skog Odjela za Health and Human Services (Have you ever received assistance from the NH Department of Health and Human Service before?)		
<input type="checkbox"/> Da (Yes) <input type="checkbox"/> Ne (No)		
Ukoliko jeste, da li znate:		
Kada? (When?)		
Koji Okruzni Ured? (Which District Office?)		
Koje ste ime koristili? (What name did you use?)		
Da li ste dobijali pomoc od		
<input type="checkbox"/> Grada/ Okrug(a)(Town/City/County) <input type="checkbox"/> Druge Drzave		
(Another State)		

PROGRAM/I ZA KOJE PODNOSITE ZAHTJEV (PROGRAM-S FOR WHICH YOU ARE APPLYING)
<input type="checkbox"/> Bonovi za hranu (Food Stamps)
<input type="checkbox"/> Normalno (Regular)
<input type="checkbox"/> Hitno (Emergency)
<input type="checkbox"/> Finansijska i medicinska pomoc (Financial and Medical Assistance)
<input type="checkbox"/> Medicinska pomoc (Medical Assistance)
<input type="checkbox"/> Retroaktivna medicinska pomoc (Retroactive Medical Assistance)
<input type="checkbox"/> Zelim da se prijavim (Trazite formular 779) (I wish to apply – ask for Form 779)
<input type="checkbox"/> Ne zelim da se prijavim sada ali cu mozda iskoristiti pravo da se prijavim kasnije (I do not wish to apply now, but I may apply later)
<input type="checkbox"/> Kvalifikovani primalac Medicare beneficija (Qualified Medicare Beneficiary)
<input type="checkbox"/> Kvalifikovana osoba nesposobna za rad (Qualified Disabled Working Individual)
<input type="checkbox"/> Odredjena osoba sa niskim prihodom1a koja je primalac Medicare beneficija (Specified Low-income Medicare Beneficiary)
<input type="checkbox"/> Pomoc za brigu o djeci (Child Care Assistance)

SAMO ZA UPOTREBU OKRUZNOG UREDA (FOR DISTRICT OFFICE USE ONLY)
Preporuceno za ubrzano rjesavanje (Referred for expedite service)
<input type="checkbox"/> Da (Yes) Datum (Date) _____ <input type="checkbox"/> Ne (No)
_____ Potpis radnika Odjela (Signature of Dpt. Worker)

ZAHTEJEV ZA OVLASTENOG PREDSTAVNIKA
(REQUEST FOR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

Da li zelite da vas neko zastupa kao vas ovlasteni predstavnik za bonove za hranu? (Do you want somebody to act as your AR for food stamps?)

Da (Yes) Ne (No)

Ime (Name) _____

Da li zelite da ta osoba ima pristup vasem EBT racunu bonova za hranu? (Do you want this person to be able to access the EBT food stamp account for you?)

Da (Yes) Ne (No)

Ime (Name) _____

Da li zelite da ta (ili druga osoba) nastupa kao vas ovlasteni predstavnik za novcanu pomoc? (Do you want this person (or a different person) to act as your AR for cash benefits?)

Da (Yes) Ne (No)

Ime (Name) _____

Da li zelite da ta osoba ima pristup vasem EBT racunu za novcanu pomoc? (Do you want this person to be able to access the EBT food stamp account for you?)

Da (Yes) Ne (No)

Ukoliko ste odgovorili Da na bilo koje od navedenih pitanja popunite formular br. 778, Izjava o ovlastenom predstavniku, za svaku osobu gore navedenu.

(If you answered Yes to any of these questions, complete Form 778, Authorized Representative Declaration, for each person named above)

DA BISTE POVUKLI VAS ZAHTEJEV
(TO WITHDRAW YOUR APPLICATION)

Molimo vas da ne popunjavate ovaj dio prije nego razgovarate sa radnikom Odjela. Vi cete ispuniti ovaj dio samo u slucaju da ste podnijeli zahtjev za neki program i potom odlucili da ne zelite pomoc. **Vi se nemate prava na zalbu poslije povlacenja zahtjeva.** (Please do not fill out this section until you talk with a Department worker. You will sign this section only if you have applied for a program and then decide you do not wish the help. You cannot appeal a withdrawal.)

Ja zelim da povucem moj zahtjev za program(e):

Potpis podnosioca zahtjeva (Sign. of Applicant)

Datum (Date) _____

Radnik Odjela
(Dept. Worker) _____

Datum (Date) _____

Ovlasteni predstavnik
(Athrd. Rprsnt.) _____

Datum (Date) _____

RAZLOZI ZA PODNOSENJE ZAHTEJEVA (REASONS FOR APPLYING)

Ukratko opisite zasto zahtijevate usluge ili pomoc sada. Kako ste pokrivali vase troskove do sada? (Briefly describe why you are requesting service or assistance at this time. How have you met your expenses until now?)

1. ODRASLI CLANOVI DOMACINSTVA (ADULT HOUSEHOLD MEMBERS)

Za sve zahtjeve. Molimo vas da navedete **sve odrasle osobe** u vashem domacinstvu. Nemojte zaboraviti da navedete sebe i da date sve trazene podatke. Molimo vas da procitate izjavu vezanu za Social Security broj, u uvodnom dijelu ovog formulara, prije unosenja podataka. (For all applications. Please list **every adult** in your home. Be sure to include yourself and give all the information requested. Please read the statement regarding Social Security numbers on the cover before completing this.)

Ime i Prezime (Name: First-MI-Last)	Relacija sa vama (Relationship to you)	Social Security broj (Social Security number)	Datum Rodjenja (Date of Birth)	Pol (Sex)	Ucenik Da/Ne (Student Y/N)	US Drzavljanin Da/Ne (US Citizen Y/N)
	Self					

2. DJECA CLANOVI DOMACINSTVA (CHILDREN HOUSEHOLD MEMBERS)

Ispunite sva polja za podatke za svako dijete koje zivi sa vama. Morate ispuniti ime majke i ime oca za svako dijete. (Fill in all blanks for every child who lives with you. Be sure to include each child's mother's name and father's name.)

Ime i Prezime (Name: First -Last-Mi)	Ime Majke (Mother's Name)	Ime Oca (Father's Name)	Social Security broj djeteta (Child's Social Security Number)	Datum Rodjenja Djeteta (Child's Date of Birth)	Pol (Sex)	Ucenik Da/Ne (Student Y/N)	US Drzavljanin Da/Ne (US Citizen Y/N)

Da li ste vi ili neki clan vashog domacinstva pokriveni zdravstvenim osiguranjem? Da (Yes) Ne (No)
(Are you or any member of your household covered by health insurance)

Da li ste vi ili neki clan vashog domacinstva fizicki ili mentalno nesposobni? Da (Yes) Ne (No)

Ko? (Who) _____
(Are you or any members of your household disabled or incapacitated?)

Da li ste vi ili neki clan vashog domacinstva trudni? Da (Yes) Ne (No)

Ko? (Who) _____ Termin (Due Date) _____
(Are you or any members of your household pregnant?)

3. NACIN STANOVANJA (LIVING ARRANGEMENTS)

Molimo vas da naznacite koji se nacin stanovanja odnosi na vasi vase domacinstvo. Oznacite samo jedan odgovor. (Please check the living arrangement that fits you or your household. Check only one.)

<input type="checkbox"/> Kuci-sam (At home alone)	<input type="checkbox"/> Kuci sa prijateljem (At home with friend)	<input type="checkbox"/> Sirotiste (Foster Care)	<input type="checkbox"/> Staracki dom (Nursing Home)
<input type="checkbox"/> Kuci sa zenom/ muzem i djecom (At home with husband/wife and children)	<input type="checkbox"/> Kod rodbine (At relative's home)	<input type="checkbox"/> Kolektivni smjestaj, prihvatiliste, ili javno prebivaliste (Group home, residential care facility, or community residence)	<input type="checkbox"/> Bolnica (Hospital)
<input type="checkbox"/> Kuci sa djecom (At home with children)	<input type="checkbox"/> Beskucnik – nema prebivaliste nocu (Homeless/ no nighttime residence)	<input type="checkbox"/> Kuca u unutrasnjosti (County Home)	<input type="checkbox"/> Institucija (Institution)
<input type="checkbox"/> Kuci sa muzem/ zenom (At home with husband/ wife)	<input type="checkbox"/> Kod drugih (At other person's home)		<input type="checkbox"/> Ostalo (Other)

4. TROSKOVI STANOVANJA (LIVING EXPENSES)

Molimo da naznacite iznose novca koje se odnose na troskove koje vi i vase domacinstvo imate. (Please check and complete those amounts which apply to expenses you and your household have.)

- Ja posjedujem ili ja kupujem kucu/ stan. Mjesecna rata je \$_____. Osiguranje je \$_____ za_____. Godisnji porez je \$_____.
- (I own or I am buying my home. My monthly payment is \$_____. My insurance payment is \$_____ per _____. My yearly taxes are \$_____.)
- Ja zivim u domu i federalna vlada mi pomaze pri placanju (HUD ili Drzavni Stanovi).
Moj dio troskova je \$_____.
- (I live in Federally subsidized housing (HUD or Public Housing). My share of the cost is \$_____.)
- Ja placam kiriju. Koliko? \$_____ Koliko cesto? _____ Ja ne moram placati kiriju.
(I pay rent. How much? \$_____ How often? _____ I don't have to pay rent.)
- Posebno placam za rezije koje nisu ukljucene u moja regularna placanja kirije. (Kao sto je struja, ulje, drva, plin za kuhanje ili grijanje).
- Plin za grijanje (Heating Fuel) \$_____ Struja (Electricity) \$_____
- Plin za kuhanje (Cooking Fuel) \$_____ Telefon (Telephone) \$_____
- Ostalo (Other) \$_____
- Zivim sa nekim i placam da tu zivim. Koliko? \$_____ Koliko cesto? \$_____
- (I live with someone and pay to live there. How much? \$_____ How often? \$_____)
- Da li su troskovi hrane ukljuceni u taj iznos? (Is the cost of your food included in this payment?) Da (Yes) Ne (No)
- Da li iko placa dio vase kirije?(Does anyone else pay any portion of your rent/mortgage?) Da(Yes) Ne(No)
- Ko?_____
- Da li iko, **ukljucujuci Fuel Assistance**, placa dio vasih rezija? (Does anyone, **including Fuel Assistance**, pay any portion of your utilities?) Da (Yes) Ne (No)
- Ako Da, koji su troskovi placeni? (If Yes, which expenses are paid?) _____
- Ko placa troskove? (Who pays the expense(s))?_____
- Da li su troskovi placeni direktno vama? (Are payments made directly to you) Da (Yes) Ne (No)
- Objasnite: _____

5. PRIHODI-AKO PODNOSITE SAMO ZAHTJEV ZA BRIGU DJECE ILI ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA DJECU – IDITE DO SEKCIJE 6

Oznacite samo ako vi ili neki clan vaseg domacinstva (osim podstanara) imate bilo koje od sljedecih izvora sredstava: (Check if you or any member(s) of your household other than roomers and boarders have any of the these resources:)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ustedjeni novac koji nije u banci
(Cash Savings Not in Bank) | <input type="checkbox"/> Dionice (Stocks) |
| <input type="checkbox"/> Stedni racuni (Bank Savings) | <input type="checkbox"/> Obveznice (Bonds) |
| <input type="checkbox"/> Tekuci racuni (Checking Accounts) | <input type="checkbox"/> Povjerena dobra (Trusts) |
| <input type="checkbox"/> Pretinci trezora banke sa sefovima
(Safe Deposit Boxes) | <input type="checkbox"/> Dionice kreditnih unija (Credit Union Shares) |
| <input type="checkbox"/> Racun starackog doma (Nursing Home Account) | <input type="checkbox"/> Privatni penzioni racun (IRA, KEOGH)
(Individual Retirement Account – IRA, KEOGH) |
| <input type="checkbox"/> Druga novcana sredstva (Other cash resources) | <input type="checkbox"/> Potvrde o stednji (Saving Certificates) |
| | <input type="checkbox"/> Bozicni klubovi (Christmas Clubs) |

ZABILJESKA: Molimo vas da oznacite ovaj kvadrat ako nemate nijedan od gore navedenih sredstava. Ako ste oznacili jednu ili vise od gore navedenih stavki, ispunite sljedeca polja:

(NOTE: Please check this box if you have none of the resources listed above. If one or more of the above items are checked, complete the following:)

Vrsta izvora sredstava (Type of Resource)	Ime(na) (Names)	Broj racuna/ Broj potvrde (Account No./ Certificate No.)	Banka ili finansijska institucija (Bank or financial institution)	Iznos novca (Amount)

Da li je vase ime navedeno na bilo kojem zajednickom bankovnom racunu ili potvrdi koji nisu u vasem vascistvu? Da Ne
(Is your name listed on any joint bank accounts or certificates not in your possession?) (Yes No)

Molimo vas da ispunite sljedece polja: (Please complete the following:)

Izvor sredstava (Resource)	Da (Yes)	Ne (No)	Ime clanova koji su vlasnici sredstava (Name of members Who Own Resources)	Vrijednost (Value)
1. Imovina (gdje ne stanujete) (Real Estate that you Don't Occupy)				
2. Pogrebne parcele (Burial Plots)				
3. Poljoprivredna masinerija (Farm Machinery)				
4. Investicije (Investment Items)				
5. Zivotno osiguranje (Life Insurance)				
6. Predplacen pogrebni ugovor (Prepaid Burial Contract)				

Da li vi ili neki clan vasesg domacinstva posjedujete vozilo (ukljucujuci i ona koja on/ona jos uvijek placa)? Da Ne
Ako je odgovor Da, molimo vas navedite sva vozila (automobili, prikolice, kamioni, kamp-kucice, motori, camci, snomobili, itd.) koja su u vlasnistvu nekoga u vasem domacinstvu. Ako je bilo koje od tih vozila opremljeno da prevozi nesposobnog clana porodice, oznacite koje vozilo. Ako neki clan vasesg domacinstva renta neko vozilo, oznacite koje.

(Do you or any member of your household own any vehicles (including any that he/she is still paying for)? Yes No
If yes, please list all vehicles (cars, trailers, trucks, campers, motorcycles, boats, snowmobiles, etc.) owned by anyone in your household. If any vehicle is specially equipped to transport a disabled household member, indicate which vehicle(s). If any member of your household is leasing any vehicles, indicate which vehicle(s).)

Vlasnici (Owners)	Vrsta, Model, Godiste (Make, Model, Year)	Vrijednost (Value)	Iznos koji dugujete (Amount Owed)	Za sta se koristi (Used For)

Da li ste prodali ili nekome ustupili bilo kakvu imovinu zadnjih pet godina, ukljucujuci prenos na povjerena dobra? Da Ne
(Have you sold or transferred any property within the last five years, including transfers into a trust?) (Yes No)

Kada? (When) _____ Zasto? (Why) _____

6. ZARADA (PAY)

Da li vi ili bilo koji drugi član vašeg domaćinstva ima prihode sa posla? Molimo vas da popunite sljedeća polja veoma pažljivo jer će to biti vrlo važno u određivanju vaše kvalifikovanosti za dobijanje pomoći. *(Do you or any other member of your household receive payment from a job? Please complete carefully as your answers will be very important in determining your eligibility.)*

Oznacite Da ili Ne (Check Yes or No)	Da (Yes)	Ne (No)	Ime (Name)	Iznos prije odbitaka (Amount before any deduction)	Koliko cesto (how often)	Ime i adresa poslodavca (Name and Address of Employer)
Da li vi imate ikakve prihode od rada? (Do you receive money from work?)			Vase ime (Yourself)	\$		
Da li vas suprug/a ima prihode od rada? Ukoliko ne živi sa vama označite Ne. (Does your husband or wife receive any money from work? If not living with you, check No.)			Ime supruge-ga (Spouse's name)	\$		
Da li neko od djece ima prihode od rada? (Do any children receive money from work?)			Dijete/ca koja zaradjuju (Child(ren) with Pay)	\$		
Da li iko drugi u vašem domaćinstvu ima prihode od rada (Does anyone else in your household receive money from work?)			Ostali koji zaradjuju (Others with Pay)	\$		

7. NJEGA OGRANICENO SPOSOBNIH/ STARANJE O DJECI (DEPENDENT CARE/ CHILD CARE)

Da li vi ili neko drugi u domaćinstvu plaća nekome za staranje o djeci ili ograničeno sposobnoj ili starijoj osobi, tako da drugi član domaćinstva može tražiti posao, raditi, ići u školu ili imati trening za posao? *(Do you or any member of the household pay someone to care for a child, or a disabled or elderly adult, so that another household member can look for work, go to work, school, or get training?)* Da (Yes) Ne (No)

2. Iznos isplaćen: (Amount Paid:) _____ Koliko često? (How often?) _____

3. _____
Ime staratelja (Provider's Name) Adresa (Address) Telefon (Telephone)

8. DA LI IMATE NEKI OD SLIJEDECIH TROSKOVA (DO YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING EXPENSES)

	Da (Yes)	Ne (No)	Koliko? (How Much?)		Koliko često? (How often?)	Ime člana (Member's name)
Troškovi treninga (Training expense)			\$	Per		
Troškovi obrazovanja (Education Expense)			\$	Per		
Medicinski troškovi (Medical expense)			\$	Per		
Troškovi vezani za posao (Employment Expenses)			\$	Per		
Ostali troškovi (Other Expenses)			\$	Per		

9. OSTALI PODACI VEZANI ZA POSAO/ PRIHODE (OTHER EMPLOYMENT/ INCOME INFORMATION)

1. Ukoliko Vi ili neko iz vašeg domaćinstva očekujete bilo kakvu novčanu isplatu kao na primjer kompenzaciju za nezaposlene ili socijalnu pomoć, kada očekujete prvu isplatu? *(If you or any member of your household are waiting for a payment of a benefit, such as unemployment compensation or social security, when do you expect to receive the first payment?)*

2. Ukoliko ste vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva radili ali više ne radite, kada ste dobili zadnji ček? *(If you or any member of your household worked but is not working anymore, when did he or she get the last paycheck?)*

3. Ukoliko je neki član vašeg domaćinstva upravo počeo raditi, kada očekujete prvi ček? *(If you or any member of your household just began working, when do you expect to get the first paycheck?)*

4. Da li ste Vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva radili u zadnjih 6 mjeseci? *(Have you or any member of your household worked anytime within the last six months?)*

Da (Yes) Ne (No)

5. Ukoliko ste Vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva napustili posao u zadnjih 90 dana, da li ste: *(If you or any member of your household left work within the last 90 days, did you:)*

Napustili svojevrijno *(Leave in your Own)* ili (or)

Bili prinudjeni da napustite *(Leave because you were made to?)*

Objasnite: *(Explain:)* _____

10. OSTALI PRIHODI (OTHER INCOME)

Izvor prihoda (Source)	Da (Yes)	Ne (No)	Koliko? (How Much?)	Koliko često? (How Often)	Ko je primio/ Broj zahtjeva (Received by Whom/Claim #)
1. Dječija potpora (Child Support)					
2. Alimentacija (Alimony)					
3. Kompenzacija za nezaposlene (Unemployment compensation)					
4. Nadoknada za povrede na radu (Workers Compensation)					
5. Vojne isplate (Military Allotment)					
6. Isplate za Veterane (Veteran's/GI Benefits)					
7. Penzija za željeznice (Railroad retirement)					
8. Socijalna pomoć (Social Security- SSA)					
9. Invalidska penzija (Supplemental Security Income- SSI)					
10. Ostalo – penzija, naknada za nesposobne ili penzija (specificirajte), (Other Pension, Disability, or Retirement – specify)					
11. Kamata, dionice sa berze, rente, fondova (Interest/ dividends from Stock Investments, Annuities, Trust)					
12. Novčana primanja od prijatelja, sustanara, osoba sa kojima dijelite sobu (Payments from Boarders, Roommates, Friends)					
13. Prihod od kuće, sobe ili zemlje izdate drugoj osobi (Income from House, Room, Land Rented to Someone Else)					
14. Isplate od osiguranja (Payments from Insurance)					
15. Kamata sa stednih racuna (Interest from Savings Accounts)					
16. Neto prihod od samozaposlonjenja a nevezanog za poljoprivredu (Net Income from Non-Farm Self-Employment)					

17. Neto prihod od samozaposlonjenja vezanog za poljoprivredu (<i>Net Income from Farm Self-Employment</i>)					
18. Direktna novcana placanja od grada, mjesta, okruga (<i>Direct Money Payments from City, Town, Or County</i>)					
19. Prihod od treninga za posao (<i>Income from Job Training Programs</i>)					
20. Prihod od brige za siroca (<i>Income from Foster Care</i>)					
21. Prihodi od stipendije, skolarine i/ ili kredita za obrazovanje (<i>Educational Income from Grants, Scholarship and/ or Loans</i>)					
22. Novac dobijen nazad od poreza na prihod (<i>Earned Income Tax Credit</i>)					
23. Ostalo (Specificirajte) (<i>Other Specify</i>)					

11. POTVRDA DA PRIHOD NE POSTOJI (*NO INCOME STATEMENT*)

- Molimo vas da oznacite ovaj kvadrat ukoliko ste odgovorili "Ne" na sva pitanja vezana za prihode na stranama 4 i 5, i ako ni vi niti ijedan drugi clan vasesg domacinstva ima bilo kakve prihode iz bilo kakvog izvora.
(*Please check this box if you have answered "No" to all income questions on previous pages and neither you nor members of your household have any money coming into your household from any source.*)

12. IZMJENE (*CHANGES*)

Da li u bliskoj buducnosti ocekujete bilo kakve promjene vezane za broj osoba u vasem domacinstvu, promjene u iznosu prihoda, promjene u visini stanarine, promjeni u visini rate za kucu, promjenu adrese, troskova ili promjenu bilo kakvih drugih okolnosti?
(*Do you expect any changes in the number of people in your home, rent, mortgage, address, expenses, or other circumstances in the near future?*)

- Da (*Yes*) Ne (*No*)

Ukoliko je odgovor Da, molimo vas da objasnite (*If yes, explain*)

Ovim potvrđujem da sam primio/la kopiju pamfleta “Vasa prava i odgovornosti” i da ih razumijem.

Ovim potvrđujem da su informacije koje sam naveo/la u ovom zahtjevu istinite i kompletne i po mom najboljem znanju i da razumijem da cu mozda morati da prilozim dokumente koji potvrđuju informacije navedene u zahtjevu. Takodje razumijem da cu izgubiti beneficije i da cu biti sudski tuzen za prevaru u slucaju da sada ili u buducnosti dam pogresne ili nepotpune informacije vezane za primanje pomoci.

Razumijem da bilo koja osoba u mom domacinstvu koja bjezi da bi izbjegla tuzbu za krivicno djelo ili prekršava uslove uslovne kazne, ta osoba nikada nece biti u mogucnosti da primi NHEP/FAM finansijsku pomoc ili beneficije bonova za hranu od ovog Odjela.

Razumijem da ce Odjel za Health and Human Services drzati sve informacije na ovom zahtjevu povjerljivo i samo mogu biti pregledane od osoba koje ucestvuju u administriranju Odjelovih programa ili kako je dozvoljeno Federalnim pravilima ili Drzavnim zakonom.

Razumijem da za beneficije bonova za hranu, da bih primio/la odbitak za primanje troskova brige za djecu, kirije ili kredita za placanje kuce/stana, rezija ili ostalih troskova stanovanja, troskovi zbrinjavanja djece koji su placeni osobi koja ne zivi u vasem domacinstvu, ili medicinski troskovi (samo sa starije ili nesposobne), moram da se prijavim i obezbijedim potvrdu radniku koji vodi moj slucaj. Ako ne prijavim ili potvrdim bilo koje od gore navedenih troskova, ili da primam pomoc za grijanje (fuel assistance), bi moglo znaciti da cu primiti manje benficija bonova za hranu svaki mjesec, i na to ce biti gledano kao da moje domacinstvo ne zeli da primi odbitak za neprijavljene ili nepotvrđjene troskove.

Razumijem da prihvrat medicinske pomoci znaci prenos svih prava Odjelu za Health and Human Services za sva placanja svim trecim stranama, kao sto je objasnjeno u uvodu ovog zahtjeva.

Razumijem da prihvrat medicinske pomoci znaci da Drzava New Hampshire mora primiti medicinske zapisnike od svih institucija i osoba koje su vam pruzili medicinske usluge. Moj potpis ovlastava sve institucije i osobe koje su pruzili medicinske usluge mojoj porodici da predaju sve zapisnike Drzavi New Hampshire.

Razumijem da prihvrat finansijske pomoci pod TANF programom je istovremeno prenos mojih prava na pomoc Odjelu za Health and Human Services, kao sto je objasnjeno u uvodu ovog zahtjeva.

Ovim potvrđujem da sam primio/la informacije u pismenoj formi vezane za tretman pausalni prihod, ako sam podnio zahtjev za finansijsku pomoc pod NHEP/FAP programom.

Razumijem da, ako sam u Starackom domu, Odjel mora biti u mogucnosti da razmjenjuje informacije o kavlifikaciji sa starackim domom da bi mogli sprovoditi ovaj program na najbolji nacin. Moj potpis ovlastava tu razmjenu i vazi do ponovne slijedece odluke o mojoj kvalificiranosti.

Razumijem da kao dio sprovođenja programa u Odjelu, Odjel ima pravo da potvrdi date informacije u ovom zahtjevu i bilo koje druge informacije koje bi uticale na moju kvalifikovanost. Moj potpis daje ovlasćenje Odjelu da primi potvrdu tih informacija i ovlasćuje davanje istih informacija Odjelu za Health and Human Services. Moje ovlastenje o davanju informacija vazi do ponovne odluke o mojoj kvalificiranosti.

Razumijem da je upotreba Electronic Benefits Transfer kartice (EBT) za finansijsku pomoc i beneficije bonova za hranu je kontrolisana cetvorocifrenom sifrom (Personal Identification Number-PIN), i da sam ja odgovoran za bezbjednost moje EBT kartice, i da EBT beneficije nece biti nadoknadjene ako neko drugi koristi moju karticu nakon aktiviranja u Okruznom Uredu.

Razumijem da ako ne koristim EBT karticu u periodu od 90 dana, bilo koja finansijska pomoc ili beneficije bonova za hranu koji su preostale na mom EBT racunu ce biti uklonjene sa mog EBT racuna, i nece vise biti dostupne za trosenje. Ako se ovo desi, razumijem da mogu zhtjevati da mi se beneficije bonova za hranu vrata na moj EBT racunu u toku slijedecih 180 dana, ali finansijska pomoc nece biti vracena nako prvih 90 dana nekoristenja kartice

Potpis podnosioca zahtjeva/ Ovlastenog predstavnika

Datum

Potpis osobe koja nije podnosioc zahtjeva, a popunjavala je ovaj zahtjev Veza sa podnosiocom zahtjeva

Datum

Ovim potvrđujem da sam potpuno objasnio/la prava i odgovornosti, pravo zalbe, i gradjanska prava podnosioca zahtjeva/primaoca gore navedenom podnosiocu zahtjeva/primaocu.

Potpis radnika Odjela

Datum

- **Obavijest protiv diskriminacije**

Drzava New Hampshire, Odjel za Health and Human Services ne diskriminise ljude na osnovu njihove rase, vjerovanja, boje koze, pola, godina, politicke pripadnosti, religije, nacionalne pripadnosti, ili hendikepiranosti. Nece biti diskriminacije u prihvatanju ili davanju usluga ili zaposljenja u programima i aktivnostima ovog Odjela.

Kontrolor je odgovoran za koordinaciju rada komponenti i odjela ljudskih prava, uslužnosti sluzbenika prilikom pracenja drzavnih i federalnih pravila protiv diskriminacije. Za vise informacija ili da biste naucili kako da ispunite zalbu protiv diskriminacije, kontaktirajte Kontrolora, New Hampshire Odjel za Health and Human Services, 6 Hazen drive, Concord NH 03301-6521; ili na telefon (603) 271-6941/(800) 852-3345 ext 6941. za osobe sa ostecenjem sluha (TDD pristup): Relay NH 1-800-735-2964

- Vi ili neko ko vas predstavlja moze zahtjevati "Posteno Saslusanje" (Fair Hearing) ako niste zadovoljni sa bilo kojom odlukom u vezi vasih prava, koju je donio Odjel za Health and Human Services. Na tom Saslusanju vas moze predstavljati advokat. Odjel nece platiti za troskove tih pravnih usluga. Fair Hearing moze biti zahtjevan usmeno ili napismento, kontaktiranjem Okruznog Ureda ili Odjela za Health and Human Services, adresa 6 Hazen Drive, Concord, NH 03301-6521. Broj telefona (603) 271-4292; za osobe sa ostecenjem sluha (TDD pristup): Relay NH 1-800-735-2964.
- Federalni zakon ogranicava koliko vremena odrasli ljudi mogu primati pomoc pod Title IV-A, Social Security pravilnika, kao npr. NHEP/FAP finansijska pomoc se ne moze primati duze od 60 mjeseci. Radnik vaseg Odjela ce vam objasniti vremensko ogranicenje za odredjene beneficije.
- Ako primete novcanu naplatu pod programima OAA, ANB ili APTD, i Social Security troskovi zivota se povecaju, ili to povecanje u kombinaciji sa povecanjem druge vrste prihoda vam onemoguci da i dalje primete finansijsku pomoc, moguće je da i dalje primite medicinsku pomoc, pod polisom Pickle amandmana.
 - Kada pocnete primati medicinsku pomoc pod Pickle amandmanom, buduca Social Security povecanja troskova zivota nece uticati na vasu kvalifikaciju. Medjutim, druge promjene u vasim uslovima mogu uticati da ne primite medicinsku pomoc.
 - Ako ste kvalifikovani da primete novcanu naplatu pod jednim od gore navedenih programa, a odlucite da to ne zelite, vi necete biti u mogucnosti da imate ovu zastitu medicinske pomoci pod Pickle amandmanom.
- Mozda cete periodicno morati da ispunite poseban formular da biste objasnili bilo kakve promjene u vasim uslovima. Ako ne ispunite taj formular u potpunosti i posaljete ga u odredenom vremenskom terminu, moguće je da ce vasi slucajevi pod NHEP/FAP i Bonovi za hranu programima biti zatvoreni i/ili to moze uticati na vasu kvalifikovanost za medicinsku pomoc.
- Morate obavjestiti Department of Human Services pod hitno, ali ne kasnije od 10 dana, ako:
 - se preselite.
 - ijedno od vase djece napuste skolu.
 - promijenite osobu/instituciju koja se brine o vasoj djeci.
 - bilo ko iz vaseg domacinstva se iseli ili drugi neko se useli.
 - postoje promjene u porodicnom dohodku ili drugim izvorima sredstava.
 - troskovi vaseg smjestaja ili rezija se promijene.
- Postoji mogucnost da ce vas slucaj biti izabran za provjeru kontrole kvaliteta ili neku drugu vladinu reviziju. Takva revizija zahtijeva detaljno istrazivanje vezane za finansijsku ili medicinsku situaciju vaseg domacinstva, nacin stanovanja i druge okolnosti prikladne vasoj situaciji. Izjave, u vezi vaseg domacinstva koje ste naveli na ovom zahtjevu ce biti provjerene od banaka, poslodavaca, kompanija, prodavaca i drugih odgovarajucih izvora.

Ako ne budete suradjivali tokom ovih revizija, moguće je da cete izgubiti vase beneficije.

Federalni, drzavni i lokalni sluzbenici imaju pravo da provjere sve informacije date u ovom zahtjevu. Ako se otkrije da je bilo koja informacija netacna, necete biti u mogucnosti da primete pomoc i postoji mogucnost da ce kriminalna tuzba biti pokrenuta protiv vas za svjesno davanje pogresnih informacija. Bilo kojem clanu vasesg domacinstva koji svjesno prekrši bilo koje od ovih pravila ce biti zabranjeno da primi pomoc od NHEP/FAP i Bonovi za hranu u periodu od godinu dana do zastalno. Dodatno, pod programom Bonova za hranu, mozete biti kaznjeni placanjem kazne u iznosu do \$150,000.00, zatvoreni do 20 godina, ili oboje, i moguće je da cete biti optuzeni pod odgovarajucim drzavnim i federalnim zakonima.

- **Nemojte** davati pogresne informacije ili skrivati informacije da biste primili ili nastavili primati beneficije.
 - **Nemojte** mijenjati ili prodavati bonove za hranu nikome ko nije ovlasten da ih koristi za vase domacinstvo.
 - **Nemojte** koristiti bonove za hranu da biste kupovali nekvalifikovane produkte, kao npr. alkohol i cigarete.
 - **Nemojte** koristiti beneficije za koje se vase domacinstvo nije kvalifikovalo.
- Bilo koja osoba krivicno osudjena za laznu izjavu ili izlaganje vezano za identitet ili stanovanje na 2 lokacije u isto vrijeme da bi primila beneficije, ce biti diskvalifikovana za finansijsku pomoc pod NHEP/FAP programom, i za bonove za hranu, u roku od 10 godina.
 - Sekcija 1909 Social Security pravilnika objasnjava federalne kazne za lazna djela i pogresno izlaganje vezane za vas zahtjev ili primanje beneficija za medicinsku pomoc.
 - Osoba moze biti optuzena u Federalnom Sudu za namjerno davanje netacnih izjava i koje uticu na kvalifikaciju za bilo koju beneficiju ili naplatu pod programom medicinske pomoci.
 - Osoba takodje moze biti optuzena za prikriivanje bilo kojeg dogadjaja koje utice na njihovo pravo da prime bilo koju beneficiju ili naplatu, ili davanje te beneficije nekome drugom na upotrebu. Zakon takodje kaznjava osobe za ???, mito, ili rabat koji primite vezan za primanje medicinske pomoci.
 - Krivicna kazna za prekršaj moze rezultirati gubitkom medicinske pomoci za period kraci od godinu dana. Kazne su novcane naplate do \$25,000.00 ili uhapsenje krace od 5 godina, ili oboje.
 - Bilo kojoj osobi proglašenoj krivom u sudu, za kupovanje ili prodavanje ilegalnih droga ili određenih propisanih lijekova, u zamjenu za Bonove za hranu, ce biti zabranjeno biti u programu Bonova za hranu u periodu od 24 mjeseca za prvi prekršaj i zauvijek za drugi prekršaj. Bilo koja osoba proglašena krivom u sudu za kupovanje ili prodavanje municije, vatrenog oruzja ili eksploziva u zamjenu za Bonove za hranu, ili za bilo kakvo trgovanje Bonovima za hranu vise od \$500.00, ce zauvijek biti diskvalifikovana za beneficije Bonova za hranu.
 - Bilo koja osoba koja svjesno da laznu izjavu ili pogresne informacije vezane za uslove zivota ili svjesno sakrije primanje imovine, plate, prihoda ili drugih izvora ili bilo koje druge uslove koje bi uticale na njenu ili njegovu kvalifikovanost za pomoc, moze biti proglašena krivom za prekršaj drzavnog zakona. Kazne su: klasa A krivicno djelo pri kojem vrijednost novcane nagrade ili usluga prevazilazi \$1,000.00; klasa B krivicno djelo pri kojem vrijednost prevazilazi \$100.00; i prekršaj pri kojem vrijednost ne prevazilazi \$100.00. RSA 167:17-b,c.